

sup

Geneva
Lane Medical Library

Service d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Hôpital Cantonal
d'Aarau. Médecin en chef: Dr. P. Hüsey, P. D.

La morbidité et la mortalité dans les suites de couches

Thèse
présentée à la
Faculté de Médecine
de
l'Université de Genève
pour l'obtention du
grade de Docteur en Médecine

par
René Meylan
de Genève
Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération suisse

Avec l'autorisation du Professeur Dr.
O. Beutner, Chirurgien en Chef de la
Clinique obstétricale et gynécologique
de l'Université de Genève



Genève 1928
Imprimerie Benno Schwabe & Co., Bâle

Thèse N° 1259

Service d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Hôpital Cantonal
d'Aarau. Médecin en chef: Dr. P. Hüssy, P. D.

La morbidité et la mortalité dans les suites de couches

Thèse

présentée à la

Faculté de Médecine

de

l'Université de Genève

pour l'obtention du

grade de Docteur en Médecine

par

René Meylan

de Genève

Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération suisse

Avec l'autorisation du Professeur Dr.
O. Beutner, Chirurgien en Chef de la
Clinique obstétricale et gynécologique
de l'Université de Genève

Genève 1928

Imprimerie Benno Schwabe & Co., Bâle

Thèse N° 1259

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur O. Beuttner autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 5 mai 1928.

Le Doyen: M. Roch.

A mes chers parents



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au Professeur Dr. O. Beuttner
Au Docteur P. Hüßy

Je désire exprimer ici, au Docteur P. Hüßsy, toute ma reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner au cours de ce travail

R. M.

Service d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Hôpital Cantonal
d'Aarau. Médecin en chef: Dr. *P. Hüssy*, P. D.

La morbidité et la mortalité dans les suites de couches.

Par **René Meylan.**

Introduction.

En consultant la littérature ayant trait, d'une façon générale, aux suites de couches, nous avons été frappés par la rareté des statistiques de dates relativement récentes. De temps à autre paraît une observation ou un travail sur un sujet particulier; la fièvre puerpérale, la pyélo-néphrite gravidique, l'éclampsie ont même donné lieu à d'innombrables publications, mais entre tous ces différents chapitres aucun lien, aucune corrélation, permettant de tirer une conclusion utile. On ne saurait donc dire, à l'heure actuelle, si des modifications doivent être apportées aux résultats précédemment acquis.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'entreprendre aujourd'hui des recherches nous donnant une vue d'ensemble sur les conditions normales et pathologiques du post-partum.

Il serait exagéré de prétendre que de grands changements soient survenus dans ce domaine; bien des facteurs ont cependant été modifiés depuis l'extension qu'ont prise certaines interventions chirurgicales en vue de lutter plus efficacement contre les complications de la grossesse ou de l'accouchement, dont les conséquences se faisaient lourdement sentir dans les suites de couches.

Il est d'usage, pour apprécier qu'une suite de couches est normale ou pathologique, de se baser sur la courbe de température. Le pouls, il est vrai, est souvent le premier à révéler, par une prompte accélération, que le fonctionnement normal de l'organisme maternel est troublé; mais dans ce cas, celle-ci est généralement suivie d'une élévation, si minime soit-elle, de la température interne. Par contre sa grande labilité, due au déséquilibre vago-sympathique consécutif au choc de l'accouchement, pourrait fausser bien souvent une statistique qui se baserait uniquement sur lui. En effet, nous constatons fréquemment une

accélération notable de son rythme, provoqué par une contrariété ou une émotion légère.

Profitons de l'occasion qui nous est offerte, pour réfuter, après *Yung* et *Labhardt*, les données classiques qui enseignent que la bradycardie est de règle dans les suites de couches. Nos recherches confirment pleinement celles des auteurs précités et démontrent qu'un pouls battant au-dessous du rythme normal de 72 n'est pas un phénomène courant.

Nous prendrons donc comme critérium la température du corps, mesurée le matin entre 7 et 8 heures, le soir entre 4 et 5 heures, dans le creux axillaire.

Certains auteurs préfèrent la prise rectale de la température parce qu'elle donne des mesures plus précises que celles obtenues dans le creux de l'aisselle, qui peuvent être faussées par une application défectueuse du thermomètre ou par l'humidité due à la transpiration. D'ailleurs cette méthode exige un temps plus long. Ces petits inconvénients peuvent, il est vrai, être évités par un personnel bien stylé; en outre *Köstlin* oppose, à la prise rectale de température chez les accouchées, les contre-indications suivantes:

a) dangers d'infection, surtout en cas de déchirure du périnée; car est-on jamais assez sûr des soins de propreté des infirmières qui doivent, deux fois par jour, nettoyer et désinfecter de la manière la plus minutieuse, autant de thermomètres qu'elles ont de femmes confiées à leur soins;

b) danger de faire coucher la femme sur le côté, non pas lorsqu'elle est en parfaite santé, mais en cas de déchirure du périnée, de risques d'embolie ou de péritonite.

C'est pourquoi nous préférons la première de ces méthodes, en usage dans bon nombre d'hôpitaux, quitte à ce que nos résultats n'aient pas toute la précision de rigueur; «*primum non nocere*». Une consolation nous est offerte par *Holzappel* qui, dans un travail fort intéressant, a comparé au moyen de thermomètres soigneusement contrôlés, la différence d'exactitude et de degré entre les températures rectale et axillaire d'un nombre respectable de malades. Ses conclusions montrent que les erreurs imputables à la prise axillaire se calculent par quelques dixièmes de degré et que la température rectale est de deux à trois dixièmes de degré supérieure à la précédente. Evidemment ne peuvent être comparées entre elles que les statistiques de morbidité établies selon la même méthode.

Par suites de couches, nous désignons la période de la puerpéralité qui succède à la délivrance et s'étend jusqu'au jour où la femme quitte l'hôpital. Après un accouchement normal et si

les suites de couches évoluent sans complications, une femme se lève, dans notre service, le cinquième jour, et retourne chez elle le dixième jour. Une Césarienne maintient l'opérée six jours au lit et la sortie a lieu le douzième jour. Ce système nous a toujours donné entière satisfaction et le lever précoce a l'avantage de faciliter l'involution utérine, l'écoulement des lochies et d'éviter bon nombre de rétroversions. Une femme qui a franchi ce laps de temps sans anicroches ne fera qu'exceptionnellement, dans les jours qui suivent, une complication imputable à l'accouchement ou ses suites.

Notre statistique est basée sur les observations, au nombre de 2179, rédigées avec soin et précision au service obstétrical de l'hôpital cantonal d'Aarau, durant les années 1922 à 1926.

Toute suite de couches, l'accouchement ayant été spontané ou une intervention ayant eu lieu, est classée dans une des trois catégories suivantes:

Afébriles: femmes dont la courbe de température n'a jamais dépassé 37°.

Subfébriles: femmes dont la courbe de température n'a jamais dépassé 37,9 mais s'est élevée, une ou plusieurs fois, au-dessus de 37°.

Fébriles: femmes dont la courbe de température a atteint ou dépassé, ne fût-ce qu'une seule fois, 38°.

Nous obtenons le tableau suivant:

	Afébriles moins de 37,1°	Subfébriles 37,1° à 37,9°	Fébriles 38° et plus	Totaux
Accouchements spontanés.	605	898	189	1692
Présentations du siège et extractions	18	32	11	61
Forceps	14	59	41	114
Versions internes et extrac- tions	4	12	15	31
Césariennes cervicales trans- péritonéales et césariennes vaginales	11	110	144	265
Opérations de Porro . . .	0	1	5	6
Opérations de mutilation .	2	6	2	10
	654	1118	407	2179

Suites de couches fébriles.

Comparons tout d'abord nos résultats avec ceux obtenus en d'autres lieux. Les fébricitantes, au nombre de 407, forment le 18,7% de tous nos cas; diminution notable en regard des 22% d'une statistique établie, en 1897, par *Bumm*.

Prenons maintenant les accouchements spontanés, à l'exclusion de tout cas pathologique qui nécessita une intervention, et nous obtenons 189 suites de couches fébriles, soit le 11,2%, chiffre sensiblement équivalent à celui que nous donne le Prof. *Labhardt* dans une statistique basée sur les observations de 1917 à 1921, à la Maternité de Bâle, où la morbidité s'est élevée au pourcentage de 11.

Schürlein signalait, il y a quelques années, sur 1300 accouchements spontanés, 13,11%, et sur 228 accouchements terminés par une intervention, 41,23% de cas fébriles. En ce qui nous concerne, le 44,76% de nos accouchements pathologiques firent une élévation de température; pourcentage élevé, imputable en grande partie, comme nous le verrons plus bas, aux césariennes, qui provoquent chez la moitié des opérées une légère réaction fébrile dans les premières heures qui suivent l'intervention.

Quelle est la durée de la fièvre après un accouchement, et quelles sont les causes qui peuvent la produire?

Le tableau ci-dessous nous révèle que dans près de la moitié des cas fébriles, soit le 46,68%, il n'y a eu qu'une seule et passagère élévation de la température; le lendemain tout était rentré dans l'ordre et bien souvent l'origine de cette fièvre d'un jour demeura cachée à nos méthodes d'investigation.

Nous insistons tout spécialement sur la fugacité de la majorité de ces poussées fébriles, dénotant une perturbation souvent imperceptible, toujours minime, troublant à peine quelques heures l'évolution, normale par la suite, du post-partum et que le souci d'exactitude scientifique seul nous a fait classer parmi les cas morbides. Nous aurons, du reste, l'occasion d'en reparler.

Brusque diminution, ensuite, pour les cas qui furent fébriles deux jours au maximum, et cette diminution suit une marche

progressive pour les jours suivants: 49 fébriles 3 jours et 27 fébriles 4 jours. Puis, finalement, 70 cas chez lesquels la fièvre eût une durée de 5 jours ou davantage, c'est-à-dire 17% de la morbidité ou 3,2% de tous nos cas assemblés, chiffre qui, hélas! sera toujours trop élevé, et dont les suites opératoires et, surtout, les complications d'ordre extra-génital, comme nous allons le voir, forment la majeure partie.

	Fébriles				
	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours et plus
Accouchements spontanés .	105	32	21	12	19
Présentations du siège et extractions	6	1	3	0	1
Forceps	24	7	3	0	7
Versions internes et extrac- tions	7	4	0	1	3
Opérations césariennes . .	47	27	21	13	36
Opérations de Porro . . .	0	0	1	0	4
Opérations de mutilation .	1	0	0	1	0
	190	71	49	27	70

Recherchons maintenant quelles sont les différentes causes de morbidité, c'est-à-dire de l'élévation de la température au-dessus de 38° axillaire, dans le post-partum.

Il est commode, et logique, de diviser celles-ci en trois grandes classes suivant que le facteur siège dans la sphère génitale ou en dehors de cette dernière. Et parmi les troubles étrangers aux organes génitaux, il en est trois qui, par leur fréquence et leurs caractères tout particuliers lorsque ils affectent l'organisme maternel dans le puerperium, nous obligent à les réunir en une seconde catégorie, indépendante de la troisième où sont classées toutes les affections, générales ou locales, qui n'offrent aucune spécificité à l'état puerpéral.

	Fébriles				
	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours et plus
A) Fièvre causée par des troubles dans les organes génitaux	152	43	33	16	19
B) Fièvre causée par des troubles en relation étroite avec le puerpérum:					
Mastites	14	2	1	1	8
Thrombo-phlébites . . .	1	1	1	0	7
Pyélo-cystites	2	6	5	3	8
C) Fièvre causée par des troubles indépendant de l'état puerpéral	21	19	9	7	28
					84

Dans la première catégorie (A) figurent les troubles multiples siégeants dans le tractus génital, tels: rétention de lochies, rétention de membranes, résorption putride au niveau de la plaie utérine, infections localisées ou généralisées de tout degré, depuis la légère inflammation d'une déchirure du périnée jusqu'à la grave infection puerpérale.

La fièvre d'un jour fournit à elle seule un lourd tribut; nous y avons compté 40 cas où l'ascension thermique à 38°, rarement davantage, a eu lieu dans les vingt quatre heures qui suivirent l'accouchement. Beaucoup d'auteurs, et non des moindres, estiment à juste titre que cela n'a rien de pathologique si les suites de couches se poursuivent normalement: en effet, ce n'est que la manifestation de l'énergie musculaire dépensée par le travail et l'augmentation du métabolisme qui en résulte.

Une quarantaine de femmes, délivrées par une opération césarienne, ont atteint également, le lendemain de l'intervention, la limite conventionnelle; encore ici cette élévation de température n'a rien qui puisse nous étonner si l'on envisage la gravité du choc opératoire et la résorption du sang épanché, dans la cavité abdominale. Cependant nous voyons que ce n'est pas la règle puisque 121 opérées (le 45,6%) sont restées dans les limites normales.

Quant aux autres cas, il s'est agi de ces légères et fugaces sautes de température qui surviennent parfois au cours d'un post-partum, spécialement les quatrième et cinquième jours, lorsque l'utérus est envahi par des germes, ce qui peut survenir même chez des femmes qui n'ont pas été examinées par un toucher vaginal, ainsi que l'a montré *Loeser*; parfois aussi, lorsque l'accouchée s'assied ou se lève pour la première fois, d'où il résulte une flexion du corps utérin sur le col pouvant retenir quelques heures les lochies dans la cavité utérine et favoriser de la sorte leur décomposition.

Après une rupture prématurée de la poche des eaux, on a pu incriminer, quelques fois, une infection atténuée.

Dans bien des cas, nous l'avouons, la cause fut trop brève ou trop minime pour être dépitée.

A l'origine de la fièvre qui dura plus d'un jour, l'intoxication puerpérale ou fièvre de résorption et la rétention des lochies ou lochiométra, jouent un rôle important. Le mécanisme est aisé à comprendre. La cavité utérine renferme généralement, quelques jours après l'accouchement, des germes saprophytes, parfois même, en quantité inoffensive, quelques germes virulents. Il ne s'en suit pas obligatoirement l'apparition de fièvre, car l'utérus, à l'état normal, est en mesure de lutter efficacement contre l'in-

vasion microbienne. Si les microbes saprophytes trouvent pour se développer des débris ovulaires ou des thrombus formés au niveau de la plaie placentaire, ou si, pour une raison quelconque, les lochies sont empêchées de s'écouler par la voie naturelle, il se produira une décomposition et les toxines accumulées pénétreront dans la circulation sanguine.

Bumm compare très justement ce phénomène à celui qui se passe dans un abcès: qu'on l'incise et la fièvre tombera; il subsistera cependant des germes, mais l'exsudat n'est plus sous le fait d'une pression qui favorisait la résorption des toxines.

Quelques caillots de sang, contenant peu ou pas de germes, retenus à l'intérieur de la cavité utérine, peuvent déjà provoquer une accélération du pouls et une élévation de température d'un demi degré centigrade.

Le plus souvent il ne s'agit pas d'infection primitive pendant l'accouchement, mais d'une ascension de germes du vagin dans l'utérus, quand les fonctions physiologiques qui s'y opposent font défaut. Est-il utile de rappeler, à ce propos, combien les lambeaux de membranes foetales, retenus à l'intérieur de l'utérus et émergeants à l'orifice externe du col, favorisent l'infection?

Les symptômes locaux: bas-ventre sensible à la pression ou tendu, mollesse de l'utérus et involution retardée, fétidité et augmentation des lochies, font ordinairement défaut ou n'apparaissent que pour un haut degré de rétention.

L'examen microscopique des exsudats est rarement positif, les troubles d'excrétion ayant rapidement cédé à une injection intramusculaire de pituitrine. Nous évitons, sauf indication formelle, de le pratiquer, toute mobilisation du corps de la malade étant, en l'occurrence, dangereuse.

Pour terminer cette première série, ajoutons-y quelques rares cas de déchirures infectées du périnée, qui guérissent per secundam.

Les gonorrhées, dont un ancien foyer inflammatoire fut réveillé du fait de l'accouchement, forment un lot infime, la blennorrhagie étant une affection peu fréquente parmi la clientèle rurale de l'hôpital.

De fièvre puerpérale grave, à part 3 septicémies légères, il ne s'en est point présenté; aucun décès, dû à cette affection anciennement si redoutable, n'est à déplorer. Si nous avons eu 19 cas d'infections localisées qui furent fébriles plus de cinq jours, ce fût, sans exception, chez des femmes qui avaient subi des interventions ou des touchers vaginaux avant d'entrer dans le service.

Parmi les facteurs accessoires prédisposant à l'infection dans le post-partum, *Bernard* cite dans sa thèse :

« La primiparité, surtout chez des femmes âgées de 30 ans et au-dessus, où il existe une rigidité des tissus, entraînant ainsi une longue durée du travail et favorisant les plaies vulvo-vaginales.

La position de l'enfant ne jouera de rôle que par les interventions qu'elle peut nécessiter, ou par l'augmentation de la durée des deux premières périodes. Il en est de même pour les rétrécissements et anomalies du bassin.

Pendant la période de dilatation : la longueur de cette période et la rupture hâtive de la poche des eaux sont défavorables ; sa durée excessive entraîne des touchers plus nombreux, un affaiblissement de la résistance générale de la parturiente, un affaiblissement de la résistance locale par compression des tissus qui deviendront ainsi des milieux de culture propices au développement des germes.

La rupture hâtive de la poche des eaux favorise l'ascension microbienne dans la cavité ovulaire et la pullulation des germes dans le liquide amniotique, milieu de culture favorable. En outre, elle augmente en général la durée de la période de dilatation.

L'importance de la période expulsive est proportionnelle à sa durée et aux interventions qui pourront être pratiquées : versions, extractions, forceps, déchirures périnéales etc.

La période de délivrance nous paraît être d'une grande importance, et l'accoucheur doit la bien connaître pour éviter, dans la mesure du possible, les interventions toujours graves telles que délivrance artificielle, curage de cotylédons ou de membranes.»

Nous avons pu relever dans nos observations 39 décollements manuels ; 6 furent afebriles 21 subfebriles et 12, soit le 30,7%, febriles dans le post-partum. La quantité de sang perdue joue ici un rôle important par la diminution de la résistance générale qu'elle entraîne.

Ainsi, nos 263 fébricitantes par suite de troubles génitaux représentent le 64,6% des causes de morbidité, ce qui peut paraître un pourcentage élevé. Ce chiffre correspond néanmoins, et est même légèrement inférieur, à celui donné par d'autres statistiques ; le Prof. *Labhardt* signale 71%.

Si l'on envisage la fréquence de la fièvre d'origine génitale chez nos 2179 accouchées, nous voyons qu'elle est de 12%. Dans des Maternités récemment construites suivant les principes d'hygiène les plus modernes, ce chiffre a pu être encore diminué ; à la Maternité de Bâle, pour l'année 1924, la morbidité génitale

a été de 10% et à la Maternité de Lausanne, pendant les années 1915 à 1924, de 9,16%.

B) Les 60 cas fébriles de la deuxième catégorie, comprenant les mastites, thrombo-phlébites et pyélo-cystites, soit le 14,8% de toutes les fébricitantes, est aussi en notable diminution sur le 20% avancé par le Prof. *Labhardt*.

Ceci nous prouve que par une rigoureuse asepsie des seins, un contrôle journalier des membres pour dépister et traiter dès leur apparition les moindres signes d'inflammation veineuse, et un traitement énergique, si possible déjà avant l'accouchement, des infections du système urinaire, on parvient encore à diminuer la fréquence de ces affections. L'on ne peut s'imaginer cependant dans quel état de négligence et de malpropreté nous arrivent, de la campagne, beaucoup de femmes, qui présentent fréquemment des membres inférieurs déformés par des varices.

Sous la rubrique mastites, figurent 14 cas, fébriles un jour, qui ne méritent pas cette appellation car il ne s'est agi que d'un gonflement passager des seins ou de simples crevasses. On sait avec quelle facilité la femme réagit par une hausse de température au moindre trouble dans l'allaitement.

C) La troisième catégorie ne nous arrêtera pas longtemps. Ici ont figuré toutes les affections qui n'ont rien à voir avec les suites de couches et dont l'évolution en est tout à fait indépendante. Nous ne ferons que citer les plus fréquentes:

Angines, bronchites, broncho-pneumonies, tuberculose pulmonaire, poussées aiguës de néphrite chronique, appendicites aiguës, etc.

Leur nombre est relativement élevé, 20,6%, si on le compare avec les 9% qu'obtient le Prof. *Labhardt*; *Bumm* en signale cependant 16%.

Deux grandes causes sont ici à incriminer:

a) l'incurie de beaucoup de femmes qui, habitant loin de la ville, négligent de se faire traiter pendant leur grossesse;

b) les conditions déplorables présentées par des bâtiments anciens, de capacité trop restreinte, qui d'une part ne permettent pas l'isolement des cas contagieux, et d'autre part obligent les opérées à être exposées aux intempéries pour regagner leur salle, sitôt après l'intervention.

Suites de couches subfébriles.

Il est convenu de considérer toute suite de couches dont la courbe de température n'a pas atteint 38° axillaire, comme normale. Cette limite nous a paru un peu élevée et bien arbitraire, aussi nous sommes-nous proposé d'étudier les cas où la température a oscillé entre 37,1 et 37,9, nous en avons comptés 1118, soit la moitié environ de tous nos cas examinés.

Notre attention a été retenue par un article du Professeur *Labhardt*, de Bâle, qui, le premier à notre connaissance, a soulevé la question. Ce distingué spécialiste estime, non sans raison, qu'une femme qui fait 37,9 un matin est logiquement plus malade qu'une autre atteignant 38° le soir. En effet, sur les 5000 femmes, conventionnellement désignées par le terme d'afébriles, qui furent étudiées par lui, la température la plus élevée ne fut que dans le 10% des cas notée le matin; pour tous les autres le degré le plus élevé de la courbe fut enregistré le soir.

Labhardt considère comme véritablement « afébriles » les patientes qui n'atteignent jamais le matin 36,8 ou le soir 37,2; ayant éliminé les cas subfébriles dont la cause fut reconnue comme étant d'origine extra-géniale, il obtient le 26,2% digne de cette dénomination. Notre statistique était déjà terminée quand l'article ci-dessus tomba sous nos yeux, c'est pourquoi nos « afébriles », le 30% de nos cas, ont été choisi d'une manière légèrement différente: ce sont toutes nos patientes qui n'ont, à aucun moment de la journée, dépassé 37°.

En tenant compte de cette légère différence d'appréciation, on peut dire que nos résultats réciproques sont bien près de concorder.

Les recherches que nous avons faites à propos des cas subfébriles ne font que confirmer pleinement les résultats obtenus par le Prof. *Labhardt*; aussi pour ne pas allonger outre mesure ce chapitre, nous nous permettons de lui emprunter les deux tableaux suivants et les conclusions qu'il en tire.

Le 23.80%	des femmes ne dépassèrent pas 37,0 degré	} 50%
12.10%	 37,1 ..	
13.02%	 37,2 ..	
12.98%	 37,3 ..	
10.44%	 37,4 ..	} 50%
9.38%	 37,5 ..	
6.90%	 37,6 ..	
4.94%	 37,7 ..	
4.20%	 37,8 ..	
2.24%	 37,9 ..	
100,00%		

Ainsi la moitié des cas restèrent au-dessous de 37,3 et l'autre moitié atteignit, pour le moins une fois, un maximum oscillant entre 37,3 et 37,9.

La température maximum des suites de couches, qu'il s'agisse de fébrile ou de subfébrile, se répartit de la façon suivante, par rapport aux jours qui suivirent l'accouchement :

Le 23.8%	des cas atteignirent leur maximum le 1er jour
3,6%	 2e ..
9,9%	 3e ..
10,2%	 4e ..
7,2%	 5e ..
5,5%	 6e ..
5,6%	 7e ..
5,5%	 8e ..
5,4%	 9e ..
1,5%	 10e ..
0,9%	 plus tard
20,9%	 plusieurs fois
100,0%	

Comparons ces données avec l'évolution physiologique des suites de couches. Le maximum de la température fut atteint, dans la moitié des cas, durant les 4 premiers jours; et cela surtout le premier jour. Nous y voyons tout d'abord les conséquences du travail de l'accouchement et, parfois, d'une rupture précoce de la poche des eaux.

Le deuxième jour, l'influence de l'accouchement a cessé de se faire sentir; d'autre part, les germes pathogènes ne se sont pas encore propagés jusqu'à la plaie utérine: le maximum de température est rarement atteint ce jour-là.

Puis, les 3e et 4e jours, la présence dans la cavité utérine de bactéries provoque une ascension nette des courbes de tempéra-

ture. A partir du cinquième jour, l'utérus se débarrasse progressivement des germes qui l'ont occupé.

Quant aux températures maxima qui surviennent après le 10^e jour, il s'agit la plupart du temps de phénomènes en dehors de la dépendance du tractus génital.

Ainsi donc, nous avons affaire ici, tout comme pour les cas fébriles, mais à un moindre degré, à des processus de rétention, d'infection légère et de résorption putride consécutive à la décomposition des lochies. Que dans certains cas ces phénomènes pathologiques se traduisent par de la fièvre, dans d'autres par une simple ascension thermique, nous n'y voyons qu'un degré moindre de virulence bactérienne ou une prédisposition plus grande de l'organisme maternel à se défendre.

Comme conclusions, nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement celles du Prof. *Labhardt*:

« Les faits relatés montrent en tout cas que les processus qui se passent dans les suites de couches, même dans des circonstances normales, se meuvent entre les limites physiologiques et pathologiques, mais, peut-être plus encore que durant la grossesse, ils revêtent déjà un caractère nettement pathologique.

« Entre ce qui est complètement normal et ce que nous désignons ordinairement par le terme de morbide, il existe une infinité de degrés. Les cas graves, qui dépassent la limite conventionnelle de 37,9 degrés, et que nous décrivons comme pathologiques, sont en minorité vis-à-vis des cas beaucoup plus fréquents, mais plus légers, que nous passons sous silence.

« Les statistiques du post-partum, si elles veulent prétendre à une valeur absolue, devraient tenir compte des moindres ascensions thermiques et, surtout, les comparer avec la courbe normale du jour correspondant, de même que les phtisiothérapeutes enregistrent et considèrent à leur juste valeur les moindres élévations de température chez leurs malades.

« A cette condition seulement une vue d'ensemble sur la marche des suites de couches sera rendue possible. »

Toucher vaginal et toucher rectal.

Depuis les observations de *Semmelweis*, depuis l'avènement de l'antisepsie, la prophylaxie contre les infections, la fièvre puerpérale en particulier, a permis de réduire à un taux infime le nombre des décès dans les Maternités et les infections graves dans les suites de couches sont, actuellement, une rareté.

Est-ce là une raison pour estimer, comme on en a la tendance aujourd'hui, que tout ce qu'il est possible de faire, pour le bien des femmes en couches, a été fait et que tout effort nouveau serait superflu ? Certes non, et nous allons démontrer qu'il est, entre autres, un domaine où l'on peut, sans peine, éviter encore bien des complications infectieuses.

Nous voulons parler de l'examen interne des parturientes. Quelques hôpitaux, trop peu nombreux encore, ont érigé en loi que, sauf indication urgente, le toucher rectal, exclusivement devait être pratiqué. Cette méthode répugne peut-être à ceux qui n'en conçoivent pas l'avantage et lui reprochent son manque de précision. Nous allons tâcher de les convaincre de leur erreur.

C'est pourquoi nous avons établi le tableau suivant :

	Afébriles	Subfébriles	Fébriles
Cas non touchés	306	444	82
	36,78%	53,36%	9,86%
Touchers rectaux	248	333	65
	38,4%	51,5%	10,1%
Touchers vaginaux exclusivement dans le service	40	75	21
	29,41%	55,15%	15,44%
Touchers vaginaux en dehors de l'hôpital	11	46	21
	14,10%	58,9%	26,9%

Sur les 1692 femmes qui ont accouché spontanément dans notre service, 832 n'ont subi aucun examen interne, les manoeuvres externes ayant fourni des renseignements suffisants et la marche normale et rapide de l'accouchement n'ayant pas nécessité de contrôle supplémentaire. De celles-ci, 53,36% ont fait des couches subfébriles; 9,86% seulement ont présenté une ou plusieurs poussées fébriles.

646 parturientes ont subi durant leur accouchement, parfois aussi avant le début du travail, un ou plusieurs touchers rectaux : le 51,5% ont été subfébriles et le 10,1% fébriles dans le post-partum. Nous remarquons que la pratique du toucher rectal n'a guère modifié le taux de morbidité des suites de couches.

Quand, pour une raison ou pour une autre, les médecins de l'hôpital, eux seuls, ont tenu à contrôler par un toucher vaginal les résultats fournis par l'examen rectal, ou bien à rompre une poche des eaux résistante et haut située, les conséquences de l'introduction dans le vagin d'une main désinfectée pourtant minutieusement et recouverte d'un gant de caoutchouc, se sont fait sentir par une augmentation de la morbidité dans les suites de couches. Le 55,15% des 136 femmes examinées vaginalement a été subfébrile et le 15,44% nettement fébrile.

Mais lorsque le toucher vaginal a été fait en dehors de l'hôpital par une sage-femme ou un médecin praticien, les résultats sont généralement déplorables. 78 parturientes ont été examinées de la sorte et ont accouché normalement dans le service; 58,9% des suites de couches furent subfébriles et 26,9% firent des complications infectieuses.

Ces résultats minutieusement recueillis nous démontrent d'une façon péremptoire que moins une parturiente aura subi de manipulations, plus elle aura de chances de franchir indemne la période où sa résistance organique est amoindrie.

Nous ne pensons pas formuler une constatation bien nouvelle, mais il n'est pas inutile de la répéter fréquemment et tout médecin doit savoir que l'infection exogène, ou par contagion, est la cause la plus fréquente de l'infection puerpérale.

Un toucher rectal ne peut avoir aucune conséquence néfaste s'il est pratiqué, comme il doit l'être toujours, la main gantée pour éviter toute souillure; en outre, un morceau d'étoffe stérile, tenu au moyen de la main libre, sera appliqué sur les organes externes et protégera la vulve de tout contact avec les matières fécales. La femme sera en position obstétricale, les genoux relevés et écartés, de la sorte l'anus sera rendu facilement accessible et on évitera des tâtonnements nuisibles.

Nous prétendons qu'avec un peu d'habitude on peut diagnostiquer d'une façon certaine, à travers la cloison recto-vaginale amincie, la partie du fœtus qui se présente, son degré d'engagement, et l'état des orifices; renseignements nécessaires et suffisants pour surveiller la marche d'un accouchement normal.

Lorsque une raison majeure l'exige, que le diagnostic offre quelques difficultés, comme dans le cas d'une présentation transversale ou d'une anomalie dans l'attitude du fœtus, alors on

peut confirmer ou rectifier les résultats, obtenus par la voie rectale, au moyen d'un toucher vaginal. Dans un service hospitalier, les précautions d'asepsie offrent le maximum de garantie contre l'introduction dans les voies génitales de germes exogènes. Mais l'impossibilité matérielle d'obtenir la désinfection absolue du vagin, expose aux risques de transporter des germes saprophytes, cachés dans les replis de la paroi, jusque dans le canal cervical et ceux-ci peuvent favoriser dans les jours qui suivent une rétention des lochies avec décomposition et résorption putride, pouvant même entraîner une infection légère.

Que l'accouchement soit avancé et que les efforts de la parturiente, puis la compression du rectum par la tête foetale aient provoqué l'expulsion de matières fécales, le périnée, parfois la vulve elle-même sont souillés. On peut concevoir tout le danger qu'il y a de faire à ce moment un toucher vaginal: le doigt pénétrant dans le vagin, effleurera presque inévitablement les organes génitaux externes, qu'une ablution avec un désinfectant léger, au cas problématique où elle aura été faite, n'aura pu rendre stériles.

La pratique, contre laquelle nous voulons finalement nous élever de toutes nos forces, concerne les touchers vaginaux exécutés, dans leur clientèle privée, par les médecins praticiens et les sages-femmes. On nous a souvent rapporté les méfaits de ces derniers qui négligent parfois les plus élémentaires précautions d'asepsie. Certains poussent l'inconscience jusqu'à ne point revêtir de gants après un savonnage rudimentaire des mains; et ils ont pourtant été en contact, durant la journée, avec des cas contagieux ou des plaies suppurées. Nous connaissons des sages-femmes, occupées à des travaux grossiers, qui ne se lavent même pas les mains avant d'approcher la femme qu'elles veulent examiner.

Si le diagnostic de la présentation est urgent à poser ou si le nécessaire pour désinfecter les mains de l'opérateur et la vulve de la patiente, font défaut, un toucher rectal ne fera courir aucun risque; un toucher vaginal, dans ces conditions, sera éminemment dangereux. Notre statistique est là pour le prouver!

Sans compter les malheureuses qui furent infectées de la sorte au cours d'accouchements normaux, combien de femmes n'ont-elles pas perdu la vie ou leur enfant parce que des touchers septiques avaient empêché de pratiquer une opération césarienne, dans des rétrécissements du bassin ou des présentations pathologiques.

Mortalité.

Nous avons eu à déplorer le décès de 26 femmes. En consultant le résumé de leurs observations, que nous publions à la fin de ce chapitre, on peut constater que, dans plus de la moitié de ces cas, la cause de l'exitus ne fut pas imputable directement à l'intervention ou à l'accouchement qui évolua normalement.

7 patientes succombèrent à une affection cardiaque:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | „ | „ | à un iléus; |
| 1 | „ | „ | à une broncho-pneumonie; |
| 1 | „ | „ | à un ulcère perforé de l'estomac; |
| 1 | „ | „ | à une néphrite aiguë; |
| 1 | „ | „ | à une thrombose veineuse avec embolie pulmonaire. |

Par contre chez 12 femmes, soit le 0,55% de notre statistique, l'accouchement a été cause de leur mort pour les motifs que voici:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 3 | patientes succombèrent à des crises d'éclampsie; | | |
| 2 | „ | „ | à une embolie aérienne; |
| 2 | „ | „ | à une anémie pernicieuse gravidique; |
| 1 | „ | „ | à une rupture utérine; |
| 4 | „ | „ | à une anémie aiguë, 3 pour placenta praevia, 1 pour décollement prématuré du placenta. |

Si au cours des 5 dernières années quelques rares cas de septicémie se sont présentés dans le service, nous n'avons enregistré aucun décès dû à cette affection. A la Maternité de Lausanne, durant les années 1915 à 1924 et sur 9481 accouchements, *Bernard* cite 23 septicémies, dont 13 exitus, et démontre avec preuves à l'appui que la mortalité pour les septicémies post-partum est deux fois plus élevée après les accouchements compliqués d'interventions qu'après les accouchements spontanés.

De décès causé par pyémie, nous n'en avons point. 2 patientes ont succombé à une peritonite généralisée; une causée par une perforation d'un ulcère de l'estomac, l'autre par une rupture utérine lors d'une version interne.

Bernard note 4 exitus par pyémie post-partum, 3 par septi-copyémie et 3 par péritonite généralisée.

Nos décès se répartissent, suivant les interventions, de la façon suivante:

	Total	Décès	%
Accouchements spontanés	1692	5	0,29
Présentation du siège et extractions	61	0	0,0
Forceps	114	3	2,63
Versions internes et extractions	31	1	3,22
Opérations césariennes	265	17	6,41
Opérations de Porro	6	0	0,0
Opérations de mutilation	10	0	0,0

A première vue, les opérations césariennes comportent une mortalité élevée. Qu'on veuille bien songer que pour la plupart des opérées qui succombèrent, leur décès est dû à une affection cardiaque, à une anémie aiguë pré-opératoire ou à des crises d'éclampsie, et que ce fût dans l'espoir de les sauver, malgré leur état très précaire, qu'on tenta une rapide délivrance.

Bien des femmes qui n'auraient pas, du fait d'un vice du cœcur ou d'un placenta praevia avec hémorragie grave, supporté l'épreuve d'un accouchement spontané, doivent la vie à une césarienne transpéritonéale, parfois à une césarienne vaginale sous anesthésie locale. D'autres auraient fort probablement succombé à une septicémie, si l'on n'avait rapidement sauvé leur enfant et amputé l'utérus infecté.

Il est certain qu'abandonnées à elles-même ou délivrées par un forceps ou une version, ces femmes auraient présenté une mortalité beaucoup plus élevée.

Nous en avons une preuve éclatante, pour ce qui concerne les placenta praevia et les décollements prématurés du placenta normalement inséré, dans la thèse de *Heer*, sur le traitement des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse, publiée dans le service de notre chef, en 1927. Les passages qui suivent en sont extraits:

Sur 62 femmes, délivrées par une opération césarienne pour placenta praevia, 59 quittèrent l'hôpital en bonne santé; avec l'ancien traitement conservateur, 60 à 70% des enfants meurent; ici 79,6% furent sauvés.

Sur 18 femmes opérées pour décollement prématuré du placenta normalement inséré, 17 survécurent; 50% des enfants furent mis au monde vivants, et parmi ceux qui succombèrent, 7 étaient des prématurés pesant moins de 2000 grammes.

Ces faits démontrent sans conteste les heureux résultats redevables à l'opération césarienne.

Observations.

Observation 1922: 60. Melle. K., primipare de 40 ans, bassin généralement et régulièrement rétréci. Présente, à l'entrée, une légère bronchite grippale, temp. 38,4, qui paraît en bonne voie de guérison deux jours plus tard, quand débudent les douleurs. Mais bientôt, malgré de fortes et régulières douleurs, la tête foetale restant toujours au détroit supérieur, par suite du rétrécissement du bassin chez une vieille primipare, on doit se résoudre à pratiquer une césarienne, quoiqu'il reste des vestiges de bronchite aux deux bases. Le poulx est bon, la malade afébrile. L'opération se passe sans incident, mais peu après le poulx faiblit, la malade se met à tousser et à cracher, et une broncho-pneumonie bilatérale se déclare. La patiente succombe le lendemain.

Observation 1922: 121. Mme. M. I., IIpare de 30 ans, bassin généralement et régulièrement rétréci. En 1921, forceps, enfant mort-né. En 1922, deuxième grossesse, qui est à terme. Opération césarienne par suite de disproportion entre le bassin et la tête foetale. Un enfant de 51 cm. pesant 4,100 gr. est mis au monde. Les suites opératoires sont bonnes jusqu'au quatrième jour où apparaît subitement un iléus. La malade est transférée dans le service de chirurgie où malgré des soins immédiats, elle succombe bientôt.

Observation 1922: 124. Mme. I. primipare de 36 ans, souffrant de lésions valvulaires avec insuffisance cardiaque, est délivrée par une opération césarienne. Dans les antécédents, on note plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, une endocardite et une péricardite. La patiente refuse l'anesthésie locale et l'opération pratiquée sous narcose à l'éther permet d'obtenir un enfant vivant. Les suites opératoires sont bonnes, mais le poulx reste variable. Le 11e jour, le coeur fléchit brusquement et l'exitus survient. Autopsie: Insuffisance et rétrécissement mitral; insuffisance aortique avec légère sténose; atrophie brune du coeur et dégénérescence graisseuse du myocarde. Péricardite adhérente chronique. Status de stase.

Observation 1922: 242. Mme. Sch. W. 38 ans. Vpare. Opération césarienne d'urgence pour placenta praevia total, avec hémorragie considérable, orifices utérins non dilatés. Extraction d'un foetus à terme, asphyxié in utéro. A son réveil, la patiente est très agitée; le poulx est mauvais. Toni-cardiaques et goutte à goutte à l'anémie aiguë. 2 heures plus tard la patiente succombe à l'anémie aiguë.

Autopsie: Anémie générale. Atrophie secondaire des reins; hypertrophie moyenne du ventricule gauche; petites hémorragies sous-endocardiaques.

Observation 1922: 260. Mme. Z. S., Primipare de 32 ans. Présente à la fin de la grossesse une anémie pernicieuse gravidique. Haemoglobine: 18%, Globules rouges: 1,040,000, Globules blancs: 8,600. Traitement par l'arsacétine, le fer réduit. Transfusion de 600 gr. de sang. On note une légère amélioration: Hb. 35%, Globules rouges: 1,500,000, mais

très peu de polynucléaires et passablement de myélocytes et lymphocytes. Le 21 août, la tête foetale, après 30 heures de douleurs variables, étant à la vulve, on pratique un forceps. Les indications sont rigidité des parties molles et épuisement de la parturiente. Perte de sang minimum grâce à 1 cc. de pituitrine intraveineuse, et pituitrine et sécacornine intramusculaires. Peu après l'accouchement la température s'élève, et le 26 août on ne compte plus que 17% d'Hb.; le nombre des globules blancs atteint 20,000. La patiente devient dyspnéique et cyanosée et tombe le 27 août dans le coma.

Observation 1922: 270. Mme. B. H., Primipare de 24 ans. Longue durée de l'accouchement, plus de 37 heures, imputable à un bassin légèrement rétréci, aux douleurs qui furent faibles et peu fréquentes, et peut-être à une circulaire du cordon fortement serrée autour du cou du fœtus. Ce dernier, asphyxié au premier degré, est ranimé.

La délivrance ne se produit pas spontanément et après 2 heures et demie d'expectative, la patiente perdant un peu de sang, on pratique un Crédé, puis un Crédé sous narcose; ce dernier ayant également échoué: décollement manuel d'un placenta fortement adhérent. Injection intra-utérine d'eau chlorée.

Pendant les préparatifs en vue de recoudre une déchirure du périnée du 1 degré, la patiente présente quelques coups de toux et subitement tombe en collapsus.

Malgré tonicardiaques, oxygène, Pulmotor, elle ne peut être ranimée. Cause probable de l'exitus: Embolie aérienne, par aspiration d'air au niveau de la plaie utérine lors des efforts de toux.

L'autopsie ne peut être pratiquée ici, mais dans un cas cliniquement semblable, survenu dans le service, l'autopsie avait confirmé le diagnostic.

Observation 1922: 366. Mme. W. K., Primipare de 26 ans. Entre dans le service le 14 novembre 1922, enceinte de 8 mois. La patiente fut prise, il y a 8 jours, de vomissements incoercibles, empêchant toute alimentation, alors que la grossesse avait été jusque là bien supportée. On constate un état d'amaigrissement prononcé; l'aire cardiaque est élargie du côté gauche, souffle systolique à la pointe. Le pouls est accéléré, la température: 38,5. L'examen urinaire révèle une pyélocystite et quelques cylindres granuleux.

La malade est mise à la diète; goutte à goutte rectal glucosé, puis reprise graduelle d'une alimentation légère. Désinfectants urinaux.

Le 17 novembre au soir, apparition de douleurs régulières; après 10 heures de dilatation, rupture de la poche des eaux; les douleurs deviennent très faibles, espacées. L'accouchement n'avançant plus, on injecte à deux reprises 1 ccm. de Pituitrine, et ce n'est qu'avec une épisiotomie et un Kristeller énergique que la tête foetale parvient à franchir la vulve. Le placenta ne se décolle pas spontanément; après 1 heure d'expectative, apparition d'une hémorragie avec augmentation de volume de l'utérus. Crédé, puis Crédé sous narcose pour pouvoir expulser l'arrière-faix. Atonie utérine combattue par massage, injection chaude intra-utérine et Pituitrine intra-veineuse. L'état de la patiente est précaire, et malgré tous les soins celle-ci succombe le troisième jour post-partum à une insuffisance cardiaque.

L'autopsie révèle une néphrite hémotogène bilatérale avec pyélite; sténose et insuffisance mitrale avec endocardite récurrente; induration brune du poumon.

Observation 1922: 381. Mme St. L., Primipare de 24 ans. Bassin rachitique faiblement rétréci. Accouchement normal en 11 h. 20 m. d'un fœtus macéré.

Examen du sang: Hémoglobine 10. Globules blancs: 20,000 (neutrophiles 74%, basophiles 1%, lymphocytes 23%, monocytes 2%). Globules rouges: normoblastes 1,2%, mégalo blastes 1,2%, de nombreux mégalo cytes, Poikilocytose, anisocytose.

La patiente succombe le deuxième jour post-partum à une anémie pernicieuse gravidique.

Observation 1923: 328. Melle Pr. Secondipare de 30 ans. Bassin légèrement rétréci. A subi, il y a 2 ans, une césarienne pour juguler des crises d'éclampsie. Entre dans le service le 22 novembre la poche des eaux rompue, mais les douleurs ne sont pas encore régulières. Toucher rectal: portion presque complètement effacée, orifice externe perméable pour 2 doigts, tête mobile au détroit supérieur.

La patiente est somnolente; l'examen urinaire révèle une forte quantité d'albumine, la pression sanguine s'élève à 170 mm. Devant la menace d'éclampsie, on se décide à pratiquer une césarienne. L'opération réussit et un enfant à terme vient au monde. Aussitôt le traitement selon la méthode de Stroganoff est institué. Le lendemain 27 novembre le coeur fléchit soudain; tonicardiaques, oxygène; le pouls et la température redeviennent normaux. Le 28 au soir, l'abdomen est météorisé, sensible à la pression. Lavements, injection de Pituitrine, d'Hormonal, ne parviennent pas à évacuer le contenu intestinal. La température, de 37,7 redescend, le matin suivant à 37 alors que le pouls atteint 130. L'apparition de vomissements fait poser le diagnostic d'iléus paralytique, et la patiente est transférée aussitôt en chirurgie, où l'on pratique un anus artificiel.

Le sixième jours après l'opération césarienne, l'exitus survient, causé par une nouvelle défaillance du coeur.

Observation 1923: 391. Mme B. Vpare de 43 ans, à terme. Le 13 décembre rupture prématurée de la poche des eaux, avant tout début de travail. Le 17 décembre pertes fétides et issue de méconium; les bruits du coeur foetal ne sont pas perceptibles. Température: 38,5. Sous l'influence de la quinine, des douleurs irrégulières, par moment assez fortes, s'installent pendant la nuit du 17 au 18 décembre. Au matin, l'orifice externe n'est dilaté que pour 2 francs. Aucune indication ne se pose pour une délivrance artificielle; température 36,7. A 11 heures du matin, la patiente devient subitement cyanosée, a des frissons, de la dyspnée. On se décide à délivrer la parturiente le plus rapidement possible, et l'on fait une césarienne vaginale; un foetus macéré est extrait. Pendant la narcose, le pouls flébit à nouveau; Pituitrine et Digalène intraveineux, huile camphrée. La respiration est rapide, superficielle. Le cervix et le vagin sont rapidement suturés; injection intra-utérine chaude après Crédé. L'hémorragie est peu abondante, mais le sang foncé. Peu après l'intervention, le pouls est incomptable, la respiration s'arrête; la mort survient par paralysie aiguë du coeur.

Autopsie: dilatation aiguë du ventricule droit, hypertrophie excentrique du coeur; endocardite chronique des valvules mitrales. Adiposité et dégénérescence graisseuse du myocarde, atrophie des muscles papillaires.

Observation 1924: 29. Mme. M. H. Primipare de 30 ans, enceinte de 6 mois, envoyée d'urgence dans le service. La patiente est sans connaissance. Par l'entremise du mari, nous apprenons que sa femme est mariée depuis 7 ans; il y a 4 ans, avortement au quatrième mois provoqué par une chute. Pendant la grossesse actuelle, pieds enflés; depuis une quinzaine, fatigue, albuminurie. Repos au lit et diète. La nuit passée, maux de tête, puis désorientation, agitation, mais aucune crise convulsive. Ensuite alternative de sommeil et d'agitation.

A l'examen: faciès cyanosé, paupières non oedémateuses, pupilles moyennement dilatées, sans réaction. Coeur normal. Pouls: 120, filant. Extrémités froides, pas d'oedème. Réflexes tendineux augmentés, Babinski positif.

Utérus gravide de 6 mois. Urine: cylindres granuleux, globules rouges en masse; Esbach: 28%.

Le diagnostic hésite entre intoxication gravidique et urémie; mais l'indication d'interrompre la grossesse est nette.

Opération césarienne sous narcose à l'éther. Extraction d'un foetus mort, mesurant 35 cm. Pouls variable pendant l'intervention. Tonicardiaques. Pendant la soirée, la malade très agitée doit être attachée dans son lit; plus tard, elle réagit un peu aux appels extérieurs. Pendant la nuit suivante, le pouls redevient mauvais et la femme meurt sans avoir complètement repris connaissance.

Observation 1924: 99. Mme. S. W. IXpare de 42 ans, à terme. Nous est envoyée du service de médecine, où elle est traitée depuis 2 jours pour maux d'estomac. Aspect cachectique, hémoglobine: 55; soupçon de Ca. Tout l'abdomen est douloureux, mais les contractions utérines sont encore peu régulières.

Soudain, à 18 h. 30, violentes douleurs dans la région épigastrique qui font penser à une perforation stomacale. Pantopon. La dilatation est incomplète.

Le lendemain, à 1 h. 15, accouchement normal en O. I. D. A. Décollement spontané du placenta; celui-ci, retenu par un repli de la paroi vaginale antérieure prolabée, n'est expulsé qu'avec peine. Température: 37,1. Pouls: 132.

Au matin, la patiente est transférée en médecine, où elle succombera. 3 jours plus tard, d'une péritonite par perforation d'un ulcère de l'estomac.

Observation 1924: 133. Mme. L. D. IIIpare de 37 ans. Début des douleurs et rupture de la poche des eaux à domicile. Une sage-femme, puis un médecin appelés, font chacun un toucher vaginal après s'être désinfecté (?) les mains avec du schnaps, et diagnostiquent une présentation transversale avec procidence d'un bras. Entrée d'urgence dans le service, à 5 h., le 8 avril 1924; le diagnostic est confirmé: présentation transversale, dorso-postérieure, tête à droite, procidence du bras droit. Dilatation incomplète, douleurs très faibles et rares.

L'administration de quinine provoque une recrudescence des douleurs et à midi la dilatation est complète. Version interne effectuée sans difficultés, et extraction classique suivi de la manoeuvre de Mauriceau-Veit-Smellie. Enfant vivant à terme. L'arrière-fait suit peu après, par légère pression de l'abdomen. Température et pouls n'ont pas variés: 37,7 et 88. A noter que dès l'entrée dans le service, le bas-ventre fût légèrement sensible à la pression et que le seul fait d'y appuyer le stéthoscope provoquait des plaintes.

Au soir, bon état général, pouls régulier bien frappé; utérus normalement contracté. La nuit est agitée et le lendemain le pouls à 120. Abdomen météorisé, sensible, fait penser à un iléus paralytique.

Le 10 avril, l'état est un peu meilleur. Température 38,2. Lochies normales, non fétides; utérus petit, douloureux sur les côtés. Traitement tonicardiaques, Hormonal, lavements, infusion de sérum physiologique.

Le 11 avril au soir, la température est redescendue à 36,4, mais le pouls toujours rapide, la malade agitée, l'abdomen moins sensible et moins météorisé.

Mais le 12 avril l'état général s'aggrave, température 38,8. Selles abondantes au moyen de sel de Carlsbad. L'examen bactériologique du

sang révèle du staphylocoque, ce que confirme la culture. Malgré un traitement énergique pour combattre la péritonite et l'infection générale, la malade succombe le 13 avril au matin.

Autopsie: Rupture utérine. Péritonite purulente diffuse. Hématome de la cavité abdominale. Iléus. Endocardite chronique.

Il est à noter qu'à aucun moment le diagnostic de rupture utérine ne pût s'imposer, la version ayant été exécutée sans aucune difficulté et le placenta s'étant spontanément décollé. Le poulx fut longtemps bien frappé, l'utérus petit bien contracté, et ce ne fût que lorsque, quelques jours plus tard, la physionomie commençait à s'altérer, qu'on pût penser tout d'abord à un iléus, puis à une péritonite.

Observation 1924: 230. Melle. V., primipare de 27 ans, à terme; les douleurs sont faibles, ont débuté il y a 22 heures; néanmoins le 22 juillet à 17 h. la dilatation est complète, la poche des eaux rompue. Une demi-heure plus tard, la tête, au détroit inférieur, n'avance plus; du méconium fait issue par la vulve et les bruits du coeur foetal sont très lents, par moment imperceptibles. Forceps et épisiotomie; l'enfant, légèrement asphyxié, est bientôt ranimé. La femme saigne passablement; un Crédé sous narcose échoue. Décollement manuel d'un placenta fortement adhérent injection intra-utérine d'eau chlorée à 40 degré.

Quelques minutes plus tard, le poulx s'accélère et devient incompatible; tonocardiaques, infusion de sérum physiologique. Malgré ces soins, la malade perd connaissance, puis la respiration s'arrête. Respiration artificielle, Pulmotor sont inefficaces et l'exitus survient 2 heures après l'accouchement.

Autopsie: Embolie aérienne, dilatation aiguë du ventricule droit.

Observation 1924: 47. Mme. Sch. S. VIIpare de 36 ans. Placenta praevia, grosse hémorragie. La patiente entre dans le service presque exsangue; respiration superficielle, poulx 140, filant.

Césarienne d'urgence; extraction d'un prématuré de 43 cm., asphyxié in utero. Amputation supravaginale de l'utérus. Sérum physiologique intraveineux, tonocardiaques, goutte à goutte rectal.

4 jours plus tard, la malade succombe.

Autopsie: Anémie aiguë de tous les organes; néphrite chronique et hypoplasie du rein droit. Urémie.

Observation 1924: 204. Mme. R. Sch., primipare de 44 ans. Césarienne indiquée par la longue durée de l'accouchement et la rigidité des parties molles. L'opération permet d'extraire un enfant à terme, vivant. Les suites opératoires sont bonnes. Sans aucun prodrome, la patiente succombe brusquement le troisième jour à une paralysie aiguë du coeur.

Observation 1924: 211. Melle. M. Primipare de 21 ans. Césarienne d'urgence pour lutter contre de graves crises d'éclampsie. Extraction d'un foetus prématuré, pesant 1810 gr. L'opération est bien supportée, suivie du traitement selon Stroganoff. Malgré ces soins, la patiente succombe peu d'heures après l'intervention.

Autopsie: Lésions typiques d'éclampsie dans le foie. Hypertrophie du coeur. Tuméfaction trouble et surcharge grasseuse des reins. Hydropisie des cavités pleurales et péricardique. Anasarque. Petites hémorragies cérébrales ainsi que dans le ventricule latéral droit.

Observation 1924: 256. Mme. B. S., 37 ans. Grosse hémorragie au début du travail; présente à l'entrée les signes d'une anémie grave. On fait une césarienne, suivie d'amputation supravaginale de l'utérus. Le poulx est petit et rapide. Drainage de la cavité abdominale.

Les jours suivants le ventre est ballonné et tendu; il s'en écoule un liquide sanguinolent et fétide. Exitus 5 jours après l'intervention.

Autopsie: Status après amputation de l'utérus pour placenta praevia. Pelvéopéritonite fibrino-purulente. Absès de l'ovaire droit. Thrombophlébite de l'artère hypogastrique. Iléus paralytique. Néphrite purulente à droite. Goître colloïde avec compression de la trachée. Hypertrophie du coeur droit. Oedème du lobe inférieur droit et pneumonie hypostatique. Anémie générale.

L'enfant vint au monde asphyxié in utéro, prématuré, avec hydrocéphalie et goître congénitaux.

Observation 1925: 267. Mme. W. F. Primipare de 27 ans. Traitée à domicile, depuis 3 semaines, pour albuminurie. Envoyée d'urgence dans le service, le 5 juillet, la patiente est dans un état comateux; les chevilles sont passablement oedématisées et l'urine contient de l'albumine en quantité massive. Une saignée de 200 cc. est aussitôt pratiquée; d'une veine du bras s'écoule goutte à goutte un sang foncé. Devant l'imminence d'une crise d'éclampsie, on injecte 1,5 cc. de Somnifène.

Au toucher: orifice externe dilaté pour une petite paume de main, tête au détroit inférieur. Narcose à l'éther; incisions radiales du col selon Dührsen; application de forceps et extraction d'un fœtus à terme, macéré.

Thérapie selon Stroganoff, mais le poulx ne réagit plus aux toni-cardiaques et la malade ne tarde à succomber.

A l'autopsie, on constate les lésions hépatiques typiques de l'éclampsie.

Observation 1925: 117. Mme. K. K., VIpare de 33 ans. Enceinte de 8 mois souffre depuis quelques jours de douleurs dans l'abdomen avec rétention de gaz et des matières. Un médecin consulté trouve du pus et de l'albumine dans les urines et prescrit de l'Urotropine.

5 jours plus tard l'état s'aggravant, la patiente est envoyée à l'hôpital. La respiration est superficielle, le poulx fréquent; l'abdomen météorisé est douloureux à la palpation. Vomissements répétés, langue sèche. Le tableau fait penser à une obstruction intestinale, aussi décide-t-on d'intervenir immédiatement.

Ouverture de l'abdomen par une incision longitudinale sous ombilicale; césarienne: le segment inférieur de l'utérus est incisé longitudinalement; extraction d'un fœtus prématuré, vivant. L'utérus est suturé, comme à l'ordinaire, en 3 couches: musculo-musculaire, séro-musculaire et séro-séreuse; puis le péritoine libre de la vessie est attiré et fixé sur la suture. Les intestins sont soigneusement examinés, paraissent météorisés, mais on ne découvre aucune cause d'obstruction. En prévision de l'établissement ultérieur d'un anus artificiel, la séreuse de la partie inférieure de l'iléon est fixée à la soie au péritoine pariétal.

Le lendemain, 13 mars, l'abdomen est moins ballonné, l'état général meilleur. Mais le 14 mars la malade présente une euphorie suspecte; teint subictérique, poulx dépressible, ventre de nouveau fortement météorisé. Au moyen d'un trocard, on pénètre dans la paroi abdominale, à l'endroit où l'intestin a été fixé, et on donne issue à des gaz et des matières; un drain est établi à demeure.

Le soir du même jour, l'état de la patiente étant de plus en plus précaire, un deuxième anus artificiel est pratiqué dans la fosse iliaque gauche; de nombreux gaz s'en échappent. Infusion de sérum physiologique. A minuit, la malade est somnolente, ne répond plus aux questions posées. Température: 37,8.

Le matin suivant, l'abdomen est souple, mais l'intoxication trop avancée, le poulx filant, et l'exitus survient à 12 heures.

Autopsie: Pyélonéphrite. Amygdalite chronique. Iléus. Hypertrophie excentrique du coeur et tuméfaction trouble. Péricardite chronique. Début de broncho-pneumonie.

Observation 1925: 187. Mme. B. A., IIIpare de 31 ans. On note dans les antécédents, après le dernier accouchement, une paramétrite gauche. Au début de la grossesse actuelle, des vomissements incoercibles, puis plus tard, de violentes douleurs dans le bas-ventre, spécialement pendant les derniers mois.

La patiente nous est envoyée parce que l'accouchement, qui a débuté la nuit dernière, n'avance pas. Le toucher vaginal permet de sentir un col haut situé, dévié à gauche, dont l'orifice externe, à peine dilaté pour la pulpe du doigt, présente des cicatrices fibreuses. Les douleurs étant très violentes et le segment inférieur de l'utérus anormalement sensible, on pratique une césarienne par crainte de rupture utérine.

Le troisième jour après l'opération, la température, qui s'était élevée à 38,8, retombe à la normale. Le neuvième jour, elle oscille à nouveau entre 38 et 38,5, et le lendemain, un abcès de la paroi abdominale s'ouvre spontanément, une petite quantité de pus s'en écoule.

L'onzième jour, une phlébite se déclare soudain à la jambe droite qui est passablement enflée. Le quatorzième jour, apparaît une fièvre à grandes oscillations; la cause de cette fièvre septique est recherchée sans succès; l'inflammation veineuse étant en régression et la jambe moins enflée, à peine sensible.

Le surlendemain, tout l'abdomen est tendu et douloureux; une résistance anormale, circonscrite, perçue dans l'hypogastre droit. On pense à une thrombose des veines du bassin. La plaie opératoire est cicatrisée sauf une petite fistule, vestige de l'abcès pariétal.

Le jour suivant, la malade se plaint soudainement de points de côté; l'auscultation du poumon gauche fait percevoir quelques râles et une crépitation fine à la base. Pendant la nuit, seconde embolie pulmonaire qui emporte la malade.

Autopsie: Embolie pulmonaire bilatérale. Embolie du ventricule droit. Dilatation aiguë du ventricule droit. Thrombose de l'iliaque externe et de la veine fémorale gauches. Status après opération césarienne, sténose cicatricielle du cervix. Péritonite noueuse tuberculeuse; tuberculose des ganglions mésentériques et rétropéritonéaux; du foie et de la rate également. Foyer tuberculeux chronique dans le lobe supérieur droit. Infarctus hémorragique du poumon gauche. Pyélocystite hémorragique. Hydronéphrose à droite.

Observation 1925: 268. Mme. H. M., VIpare de 38 ans, a eu 3 crises d'éclampsie avant d'entrer à l'hôpital. On fait une césarienne et un prématuré, vivant, pesant 1,100 gr., de 35 cm. de long, est mis au monde. L'utérus est suturé, mais l'état de la patiente ne permet pas de fixer, selon la technique habituelle, le péritoine libre de la vessie par-dessus les sutures utérines. Quatre heures plus tard, la malade succombe.

Autopsie: Foie éclamptique. Hémorragies multiples du lobe occipital gauche. Tuméfaction trouble et dégénérescence graisseuse des reins. Hématome dans la cavité abdominale. Status après section césarienne et sutures utérines insuffisantes. Endocardite verruqueuse chronique des valvules mitrales.

Observation 1925: 496. Mme. A. M., IXpare de 37 ans. Présentation transversale avec incarceration de l'épaule et procidence de la main droite. A domicile, un médecin a tenté une version interne; celle-ci a échoué.

Opération césarienne, qui permet d'obtenir un enfant à terme, vivant; amputation supravaginale de l'utérus devant le danger d'infection. Quoique la perte de sang ait été peu considérable, la patiente, quelques heures plus tard, tombe subitement en collapsus. Tonicardiaques, sérum physiologique intraveineux. L'état s'améliore bientôt, mais la

pâleur est grande et le pouls fréquent, parfois perceptible, parfois filiforme. Agitation. Le lendemain, situation toujours inquiétante, transfusion de 400 cc. de sang. Pendant deux jours encore, cet état se maintient, passant par des alternatives de haut et de bas, et finalement la malade succombe à une défaillance du coeur.

Observation 1926: 511. Mme. P. F., primipare de 30 ans. Le père est mort d'une affection cardiaque. Elle-même souffre du coeur depuis une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, remontant à 10 ans. A l'âge de 17 ans elle fit un séjour de 2 mois dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire. Mariée à 18 ans; apparition des premières règles à 20 ans; depuis, elles sont plus ou moins régulières, d'une périodicité de 3 semaines.

La patiente entre à terme dans le service; l'examen cardiaque montre un coeur augmenté de volume, surtout à gauche; souffle systolique à la pointe; un second, à timbre plus élevé, au foyer pulmonaire. Accentuation du deuxième bruit à la base. Le facies est cyanosé. Quant aux poumons: submatité aux sommets, murmure vésiculaire augmenté. La malade tousse un peu, mais sans expectoration. Urines normales.

Cette primipare accouche normalement, après 10 heures de travail environ, et l'expulsion est facilitée par une épisiotomie. 5 cc. d'huile camphrée sont injectés préventivement contre une insuffisance cardiaque possible. Le lendemain, apparition soudaine de dyspnée accompagnée de palpitations de coeur et de sueurs profuses. Objectivement: oedème pulmonaire subaigu, souffle systolique s'étendant à toute l'aire cardiaque, rythme accéléré, régulier. Pouls faible.

Saignée de 250 cc., tonicardiaques. Durant la soirée, l'état de la malade s'améliore légèrement et la nuit n'est pas trop mauvaise. Le lendemain, aggravation, obnubilation, et la thérapeutique ne peut empêcher l'exitus, qui survient vers le soir.

Autopsie: Endocardite fibreuse chronique et verruqueuse des valvules aortiques et mitrales. Hypertrophie excentrique du coeur. Oedème pulmonaire. Stase des organes. Induration ardoisée du sommet gauche, avec vieille cicatrice calcifiée. Tuberculose noueuse des ganglions hilaires avec anthracose. Quelques tubercules miliaires dans le foie et la rate.

Observation 1926: 416. Mme. P. D., primipare de 33 ans, a dépassé le terme de sa grossesse de plus d'un mois, lorsqu'elle nous est envoyée. Le travail a débuté il y a 2 jours, la poche des eaux est rompue, et l'accouchement n'avance pas. Les bruits du coeur foetal ne sont pas perceptibles. Quoique la patiente ait été, dès son enfance, faible du coeur et qu'à l'auscultation on perçoive un léger souffle systolique à la pointe, on décide, devant la menace d'une rupture utérine, de délivrer au plus tôt la parturiente.

Opération césarienne: l'incision de l'utérus est faite, comme d'habitude, dans le segment inférieur dont les parois sont ici très amincies et fortement tendues. Pour extraire le foetus, macéré, long de 55 cm. et pesant 4,600 gr., l'incision doit être prolongée vers le corps utérin. Sutures de l'utérus en 3 couches, puis le péritoine vésical est fixé de façon à isoler, de la cavité abdominale, les points de sutures.

Le lendemain, le pouls bat à 160: puis apparaissent successivement les signes d'un iléus. La malade ne réagit pas aux stimulants (camphre, caféine, digalène) et l'exitus survient le troisième jour après l'intervention.

Observation 1926: 498. Mme. H. F., IIpare de 38 ans. A subi une césarienne en 1925, au septième mois de la grossesse, pour décollement prématuré du placenta: des jumeaux sont mis au monde. On note à cette époque un début de néphrite.

La grossesse actuelle est bien supportée jusqu'au septième mois. Soudain surviennent des hémorragies génitales qui obligent la patiente à entrer d'urgence dans le service. L'abdomen a augmenté brusquement de volume, un filet de sang s'écoule du vagin; on pense à un décollement prématuré du placenta, et une césarienne est aussitôt pratiquée.

2 jumeaux prématurés et macérés sont extraits de l'utérus, qui est plein de caillots et dont les parois présentent de nombreuses hémorragies interstitielles. L'utérus est extirpé par une amputation supravaginale.

La malade, affaiblie par la grosse perte de sang, a plusieurs défaillances cardiaques. Huile camphrée, infusion intramusculaire de sérum physiologique. Les suites opératoires sont satisfaisantes; la patiente est traitée pour une bronchite dont les symptômes étaient déjà apparus avant l'intervention.

Le neuvième jour, se déclare une broncho-pneumonie; la température oscille autour de 38 degrés. Le surlendemain les symptômes sont en régression, mais on est frappé par l'aspect de la malade qui est, par moment, nettement désorientée, d'autres fois somnolente au point qu'on a peine à la réveiller pour les repas. Le facies est jaunâtre, terne; les nuits sont agitées. Un dosage révèle 56 mgr. d'urée dans le sang.

Le 12me jour, apparition de secousses convulsives réparties à tout le corps, nystagmus. Réflexes patellaires affaibles, clonus du pied. Pression sanguine: 128 mm. Les symptômes rappellent ceux de l'urémie.

Saignée de 150 cc.; infusion de 500 cc. La malade succombe la nuit suivante.

Autopsie: Thrombose des grosses veines du bassin, de la veine cave, des deux veines rénales. Thrombose des plexus utérins. Oedème cérébral et de la pie-mère. Cystite hémorragique purulente. Amputation de l'utérus pour décollement prématuré du placenta. Amygdalite, trachéite, bronchite bi-latérale. Oedème et emphysème des poumons, pleurésie fibrineuse gauche. Dégénérescence graisseuse du coeur, des reins et du foie. Athéromatose légère de l'aorte et des vaisseaux coronaires. Anémie générale.

Littérature.

A. Labhardt: Temperatur und Puls im „normalen Wochenbett“. Schweiz. Medizin. Wochenschrift 1924, No. 50. — O. Sarwey: Ueber wissenschaftlich verwertbare Temperaturbestimmungen im Wochenbett. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 21, Seite 396. — O. Sarwey: Ueber Rektalmessungen im Wochenbett. Zbl. f. Gyn. Bd. 21, Seite 920. — R. Kostlin: Zu Sarwey's Aufsatz. Zbl. f. Gyn. 1897, Seite 500. — K. Holzapfel: Zur Frage der Temperaturmessungen im Wochenbett. Zbl. f. Gyn. Bd. 21, Seite 868. — E. Bumm: Zur Kenntnis des Eintagsfieber im Wochenbett. Zbl. f. Gyn. 1897, Seite 1337. — Loeser: Ist jeder puerperale Uterus infiziert? Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1920, Bd. 82. — Ahlfeld: Physiologie und Pathologie des Puerperiums. Zbl. f. Gyn. Bd. 34, Seite 689. — Fromme: Wochenbett 1910. — Jeannin: Etude clinique de la pyélonéphrite gravidique des suites de couches. Progrès Médical 1908. — Levy Solal et Misrachi: Contribution à l'étude de la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques. Presse médicale 7 mai 1927. — Holzmänn: Thrombose et embolie chez la femme. Schweiz. Med. Wochenschrift 19 juin 1924. — Cadenat: L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale. Presse Médicale 1920, p. 33. — G. Bernard: Les affections puerpérales à la Maternité de Lausanne au cours des dix dernières années. Thèse Lausanne 1926. — W. Heer: Ueber die Behandlung von Blutungen in der II. Hälfte der Schwangerschaft und in der Eröffnungsperiode. Diss. Zürich 1927.